

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THESE

N°

542

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marthe-Madeleine JOURDAN-GAGNEUR

Née le 9 juin 1903 à Villiers-sur-Marne (S.-et-O.)

Les Hémorragies Utérines

survenant après la Menopause

en l'absence de Lésions Cervicales

Problème diagnostique
et Conduite à tenir

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1937

246

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marthe-Madeleine JOURDAN-GAGNEUR

Née le 9 juin 1903 à Villiers-sur-Marne (S.-et-O.)

Les Hémorragies Utérines

**survenant après la Menopause
en l'absence de Lésions Cervicales**

**Problème diagnostique
et Conduite à tenir**

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1937

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Cliniqu chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) .. Pathologie médicale.
 JUSTIN-BESANÇON, Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLJARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
PONZELOT Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
SEZARY Clinique médicale.

MM.
BASSET Clinique chirurgicale.
BROcq Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE..... Clinique obstétricale.
GUENIOT..... Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé..... Microbiologie.
RUPPE..... Stomatologie.
WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A M. LE DOCTEUR DOUAY

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ
ANCIEN CHEF DES TRAVAUX GYNÉCOLOGIQUES
DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES DANS L'INTERNAT

M. le Docteur RIVET

M. le Professeur J.L. FAURE

M. le Docteur BABONNEIX

M. le Docteur DENIKER

M. le Docteur BRÉCHOT

A MES AUTRES MAITRES

M. le Professeur DEBRÉ

M. le Professeur agrégé VALLÉRY-RADOT

M. le Professeur agrégé ECALLE

M. le Docteur BAZY

INTRODUCTION

C'est à dessein que nous laissons de côté les hémorragies d'origine cervicale, à l'exception de certaines lésions isthmiques peu accessibles à l'examen clinique et pour lesquelles la discussion se pose de la même façon que pour les lésions du corps.

Habituellement, une lésion du col est accessible au toucher et à la vue. La biopsie en est facile. Le diagnostic est généralement aisé. Ainsi la décision thérapeutique s'oriente facilement. Il n'en est pas de même pour les lésions du corps et certaines lésions isthmiques. Certes, on soupçonne une altération anatomique endo-cavitaire. Mais celle-ci ne peut être décelée ou atteinte que par des moyens instrumentaux : curettage, hystérographie, hystéroscopie.

Durant ces dernières années, de nombreux auteurs ont étudié la *fréquence* relative des lésions malignes et bénignes de la muqueuse endo-utérine, les *moyens d'exploration* qui permettent de s'orienter dans ces dilemmes, la *conduite à adopter* devant ces hémorragies survenant après la ménopause, en présence d'utérus saignants d'une façon durable. Pourtant l'accord est

loin d'être fait. Certains chirurgiens font systématiquement des interventions d'exérèse. D'autres, avec la majorité des gynécologues, ne se décident à l'hystérectomie totale qu'en présence d'indications très précises fournies par un diagnostic exact des lésions.

Cette dissemblance des pratiques tient essentiellement à deux ordres de faits : d'une part, une divergence d'opinion sur la fréquence relative des lésions malignes et bénignes du corps utérin ; d'autre part, une estime variable de la valeur des examens complémentaires permettant de faire un diagnostic de bénignité ou de malignité. Pour les uns, en effet, ces méthodes d'investigations comportent un certain taux d'erreurs qu'il faut prendre en considération. Pour les autres, leur pratique, si l'on est rigoureux dans l'interprétation des résultats, autorise une quasi-certitude.

Pourtant, à la lecture des publications, et par l'étude attentive des faits cliniques, il semble qu'on puisse se faire une opinion. Quelques années d'observations nous inclinent à penser qu'il est dangereux d'adopter des conclusions absolues. Faire confiance sans restrictions aux méthodes d'investigation para-cliniques de la cavité utérine est aussi excessif que les condamner systématiquement. Nous dirons ce que nous pensons de ces méthodes en analysant les observations que nous apportons, mais auparavant nous allons expliquer pourquoi elles nous paraissent dignes d'intérêt.

Au delà de la cinquantaine, l'hystérectomie totale est une *opération sérieuse* dont la mortalité réelle est vraisemblablement supérieure à 5 %. En présence d'un cancer du corps cette opération est formellement indiquée. Elle constitue à l'heure actuelle le seul traitement logique. Mais étant donné ses risques elle ne devrait être entreprise que lorsque la nature maligne de la lésion est une certitude ou une très grande probabilité.

Une question domine le débat : celle de la fréquence du cancer après la ménopause. Avec J.-L. Faure, quelques chirurgiens considèrent que 9 sur 10 des hémorragies durables survenant après la ménopause sont en rapport avec une lésion maligne. Mais la plupart des gynécologues actuels sont loin d'être de cet avis. Des statistiques, dressées sur un nombre de cas importants, ont été publiées au cours de ces dix dernières années en France et à l'étranger. Quelques unes d'entre elles donnent un pourcentage de malignité inférieur à 50 %, alors que d'autres le situe entre 50 et 67 %. De toute façon les plus lourdes abaissent la fréquence des lésions cancéreuses au-dessous de 70 %. Admettons pourtant le taux de malignité le plus élevé ; il correspond aux deux-tiers. Donc un *tiers des lésions du corps sont de nature bénigne*.

Les partisans de l'hystérectomie totale systématique enlèvent par conséquent un nombre important

d'utérus non cancéreux. Or, si le fait de supprimer un organe devenu inutile n'entre pas en ligne de compte, les risques de l'intervention doivent par contre être pris en considération. Pourtant cette pratique trouverait sa justification s'il était prouvé qu'on ne peut établir un diagnostic de bénignité ou de malignité en dehors de l'intervention.

La possibilité d'un diagnostic précis par le curettage biopsique a donné lieu à de nombreuses discussions. J. Quenu en particulier s'est attaché à cette question pendant plusieurs années (thèse de Butaud, publications du *Bulletin médical*) et a convaincu beaucoup de chirurgiens de la valeur du curettage explorateur méthodique.

Douay a préconisé la *biopsie endo utérine*.

L'hystérogaphie, après injection lipiodolée, a rencontré des appuis et des critiques. Beclère, Mocquot, Douay, Cotte ont démontré l'intérêt de cette méthode.

Enfin l'hystéroscopie constitue un procédé nouveau. Elle permet la biopsie « à vue » et devient de ce fait extrêmement intéressante à considérer.

Notre travail ne constitue pas une nouvelle façon d'envisager cette question de la conduite à tenir en présence des hémorragies survenant après la ménopause ; notre lot d'observations ne représente qu'un apport modeste en regard des travaux beaucoup plus massifs qui ont été publiés sur ce sujet. Il prétend

seulement ajouter quelques unités à la liste déjà longue des malades que les méthodes exploratrices ont préservées de l'intervention sérieuse qu'est l'hystérectomie totale.

* * *

En dehors de deux observations personnelles, les observations que nous apportons ont été recueillies à l'hôpital Broca, dans le service du Professeur J.-L. Faure. Nous avons recherché parmi les observations des malades qui se sont présentées à la consultation du Docteur Douay pendant les années 1933 et 1934. La plupart de ces malades ont été hospitalisées et sont connues de nous (Internat 1933-1934). Nous avons ainsi groupé 46 observations de malades qui ont été examinées par le Docteur Douay pour des hémorragies survenues après leur ménopause. De ces 46 observations 27 seulement ont été retenues, 19 ont été éliminées. Pour des raisons diverses ces malades n'ont pas été hospitalisées. Dans un premier groupe de malades l'examen clinique contrôlé par l'hystérogaphie n'a montré aucune lésion suspecte. Le Docteur Douay leur a prescrit un traitement médical symptomatique. Ces malades n'étant pas revenues à la consultation il est permis de supposer que ce traitement a été efficace. Dans un deuxième groupe,

l'hospitalisation a été proposée mais non acceptée. N'ayant pas de nouvelles de ces malades nous les avons écartées de notre étude. Il est cependant probable que beaucoup d'entre elles n'ont pas présenté dans la suite des troubles graves car dans ce cas la plupart seraient revenues à la consultation. Il s'agissait très probablement pour la majorité d'entre elles de lésions hémorragiques bénignes.

En raison de ces faits, nous avons la certitude que le pourcentage de béginité de notre liste d'observations est en réalité très inférieur à celui du lot global constitué par les 46 observations initiales.

* * *

Les 29 observations que nous apportons peuvent se classer en quatre catégories :

— 1^{re} CATÉGORIE. 5 observations. — Malades revues en 1936, ayant subi en 1933-1934 *l'injection lipiodolée suivie de radiographie, sans curettage biopsique*. Les suites ont montré que la ligne de conduite suivie était bonne car il s'agissait bien de lésions bénignes qui ont guéri ultérieurement par le traitement médical, sans curettage et sans hystérectomie.

— 2^e CATÉGORIE. — Malades pour lesquelles le curettage explorateur méthodique avait été asso-

cié à l'exploration radiologique de l'utérus et qui ont été revues en 1936.

Le diagnostic de métrite sénile a été contrôlé par l'hystérographie, ce dernier résultat a été confirmé par le curettage. La guérison a été obtenue sans hystérectomie, 1 observation.

— 3^e CATÉGORIE. — Malades pour lesquelles une *intervention d'exérèse a été décidée à la suite de l'hystérographie seulement*, 12 observations.

Les observations montrent que les renseignements donnés par l'examen au lipiodol ont été exacts. Dans les huit premières, l'hystérographie avait montré la lésion caractéristique de cancer du corps et l'opération en a prouvé l'exactitude. Dans les sept premières observations, il s'agissait de cancer bourgeonnant remplissant plus ou moins la cavité utérine. Dans la 8^e il s'agissait d'un cancer très limité de la corne droite, ce qui prouve les qualités de l'investigation par l'hystérographie. Les 9^e et 10^e observations sont également un succès pour l'hystérographie, car la radiographie a montré qu'il s'agissait de métrites séniles sans néoplasme et l'hystérectomie a montré l'exactitude de ce diagnostic. La 11^e observation est encore en faveur de l'hystérographie. Elle montre une tache claire, arrondie dans la cavité utérine et l'opération découvre un polype fibreux intra-cavitaire. Enfin la 12^e obser-

vation est extrêmement intéressante car l'hystérographie acquiert dans ce cas une grosse supériorité sur le curettage explorateur méthodique puisque la lésion ne siège pas dans la cavité utérine.

— 4^e CATÉGORIE.

A. — Malades *ayant été opérées après avoir subi l'hystérographie* et le *curettage explorateur* : trois observations. Pour la première observation, le curettage a été fait parce que le cliché obtenu par le lipiodol n'était pas absolument démonstratif : aspect de tumeur centrale intra-cavitaire. La biopsie révéla des lésions sarcomateuses et l'opération confirma ce diagnostic. Pour les deux autres observations, la biopsie endo-utérine fut pratiquée après hystérographie caractéristique d'une lésion néoplasique pour compléter l'observation.

B. — Malades non opérées en raison de lésions cancéreuses trop avancées : trois observations. Le cancer du corps ayant été révélé par l'hystérographie. Le curettage ou la biopsie endo-utérine confirmèrent le diagnostic. Ces malades sont mortes dans l'année.

— 5^e CATÉGORIE. — La 5^e catégorie groupe les malades pour lesquelles les investigations de l'hystérographie et du curettage furent insuffisantes : 4 observations. Pour les trois premières, c'est l'examen lipio-

dolé qui se révèle insuffisant. Il s'agissait une fois d'un adénome malin qui ne fut décelé qu'à un deuxième examen radiographique. Une autre fois, l'intervention découvrit une petite zone dégénérée masquée par des fibromes sous-muqueux. L'hystéroggraphie avait montré seulement l'existence des fibromes. Enfin pour la troisième malade, la nature cancéreuse de la lésion ne put être mise en évidence que par l'examen histologique d'un fragment prélevé sur la pièce opératoire.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ces causes d'erreur mais dès à présent insistons sur le fait que toutes ces malades *furent opérés* et que par conséquent les chances de guérison n'ont pas été compromises par l'insuffisance de la méthode.

La dernière observation s'inscrit au passif du curettage méthodique explorateur. Le curettage avait été pratiqué à la suite de l'examen lipiodolé. L'examen des fragments ramenés conclut à des lésions cancéreuses. Un nouvel examen pratiqué après l'intervention ne révéla que des lésions bénignes. Il s'agissait de fibromes sous-muqueux dont l'image donnée par l'hystéroggraphie concordait parfaitement avec la pièce opératoire. Nous reviendrons également sur cette observation.

1^{re} CATEGORIE :

I. — Ras..., 56 ans. Ménopause depuis plus de 6 mois. Vient consulter pour deux hémorragies apparues à quelques jours d'intervalle. Examen gynécologique : l'utérus n'est pas augmenté de volume et sa consistance est normale. Le col est fermé, le speculum permet de vérifier son intégrité.

Hystérogaphie : Le cliché montre quelques irrégularités en festons le long du bord gauche de l'utérus. On conclut à une altération de la muqueuse de nature bénigne et on conseille à la malade de revenir si les hémorragies se renouvellent. Aucune métrorragie ne reparait et la malade n'est revue qu'en fin d'année 1936, répondant à notre appel. Elle est en parfaite santé.

II. — Del..., 61 ans. Ménopause à 52 ans. La malade demande un examen parce que depuis quelques semaines elle perd un peu de sang. Il existe également quelques pertes blanches. L'examen clinique ne décèle rien de particulier. Le corps et le col sont normaux. Il n'existe aucune masse suspecte dans les culs de sac. *L'hystérogaphie*, après injection de 2 cc. 1/2 de lipiodol, montre une cavité normale. Cette malade a été revue en excellent état en 1936.

III. — Eyv..., 58 ans. Ménopause à 54 ans. Consulte pour quelques pertes rosées apparues au cours des trois derniers mois. Cliniquement rien de particulier. *L'injection de lipiodol* ne montre aucune déformation de la cavité utérine. La malade a été revue en 1936 en parfaite santé.

IV. — Vei..., 54 ans. Ménopause à 52 ans. Se présente à la consultation du Dr Douay parce qu'elle perd du sang depuis quelques jours. Cliniquement le toucher

fait constater un utérus un peu augmenté de volume, sans modification de forme ni de consistance. Le col est normal. *L'hystérographie* ne montre aucune déformation importante. Cependant le corne gauche semble mal indiquée. On conseille de mettre la malade en observation pendant quelques semaines avec un traitement médical. Depuis l'examen aucune perte sanguine n'est apparue et la malade a été revue en 1936 en bonne santé.

V. — Jau..., 72 ans. Consulte pour de petites hémorragies apparues depuis quelques mois. L'interrogatoire révèle en outre l'existence de pertes blanches. Cliniquement l'utérus est nettement augmenté de volume mais sa consistance n'est pas fibromateuse. Le col est normal. *Hystérographie* : injection de 7 cc. Le cliché montre une cavité régulière, on conseille néanmoins à la malade de revenir toutes les trois semaines et celle-ci est revue trois ou quatre fois au cours de l'année 1934. Les pertes ont cessé. Mme Jau..., a été examinée à nouveau en fin d'année 1936. Elle est en parfaite santé. Le volume de l'utérus ne s'est pas modifié.

2^e CATEGORIE :

1. — Ado..., 70 ans. Vient consulter pour des pertes rosées et des pertes blanches fétides. La malade a maigri de plusieurs kilos. Au toucher l'utérus semble normal. Le col est en bon état. L'hystérométrie faite avec une sonde en gomme demi-rigide indique 7 cm. Lorsque la sonde est retirée il s'écoule du pus fétide par l'orifice cervical. On porte le diagnostic de métrite sénile et on entreprend des séances de dilatation, suivies d'injections intra-utérines avec une solution formolée. Au cours du chaque dilatation, du pus bru-

nâtre, fétide s'écoule en abondance. Après quelques séances une *hystérogaphie* est pratiquée. Le cliché montre une cavité utérine irrégulière dans ses contours. Mais il n'y a pas d'image lacunaire. Néanmoins le *curettage explorateur méthodique* est fait. L'examen histologique conclut à des lésions métritiques. Le traitement est poursuivi pendant quelques semaines à raison de trois séances de dilatation par semaine. Très rapidement l'état local s'améliore ainsi que l'état général. Après guérison la malade est revue régulièrement. Le dernier examen a eu lieu en 1936.

3^e CATEGORIE :

I. — Lou..., 62 ans. Ménopause à 51 ans. Présente depuis quelques semaines des pertes blanches fétides et des métrorragies. Le toucher décèle un utérus un peu augmenté de volume. Le col est normal. Le diagnostic hésite entre cancer du corps et métrite sénile. L'*hystérogaphie* met en évidence un aspect irrégulier du fond de la cavité utérine très en faveur du cancer. L'*hystérectomie totale* est décidée. A l'ouverture de la pièce opératoire le cancer est évident. L'examen histologique le confirme.

II. — Mai..., 64 ans. Cette malade a subi en ville un traitement par les rayons X en 1930, à l'âge de 61 ans, pour des métrorragies. Après ce traitement elle a été parfaitement bien. Mais depuis une quinzaine de jours la malade s'est inquiétée de nouvelles pertes sanguines. L'examen gynécologique ne révèle aucun symptôme permettant le diagnostic de la lésion endo-utérine. Une *hystérogaphie* est pratiquée. Deux clichés sont pris à des moments différents de l'injection. Ils montrent quelques irrégularités au niveau du fond utérin et

surtout dans la région isthmique. L'aspect est assez peu caractéristique. On décide néanmoins d'intervenir. Il s'agissait en fait d'un cancer de l'isthme.

III. — Lic..., 52 ans. Ménopause radiothérapique à l'âge de 35 ans, après traitement d'un fibrome. Depuis 3 mois, pertes de sang presque continuelles. L'examen clinique ne permet aucunement de faire un diagnostic de bénignité ou de malignité. Le cliché après *hystérographie*, montre un contour très irrégulier de la cavité utérine en faveur du cancer. Vérification après hystérectomie totale et examen histologique : épithélioma cylindrique.

IV. — Cha..., 65 ans. Métrorragie récente, depuis un mois seulement. *L'hystérographie* montre une cavité utérine très agrandie avec aspect déchiqueté des contours et particulièrement du fond utérin. Sur la vue du cliché, on porte le diagnostic de cancer du corps et on pratique l'hystérectomie totale. Vérification histologique : cancer tubulé.

V. — Naz..., 58 ans. Ménopause à 52 ans. Métrorragie depuis 4 mois. L'utérus est un peu augmenté de volume. L'hystéromètre donne 8 cm. 1/2. Le col est normal. *Hystérographie* : image lacunaire caractéristique d'une lésion cancéreuse. A l'ouverture de l'utérus, après hystérectomie totale, on constate l'existence d'un cancer volumineux.

VI. — Gou..., 55 ans. Métrorragie après la ménopause. L'examen gynécologique donne peu de renseignements. *L'hystérographie* révèle pourtant une image lacunaire significative. L'intervention est décidée et l'examen de la pièce opératoire montre qu'il s'agit bien d'une lésion néoplasique.

VII. — Ban..., 58 ans. La malade se plaint de pertes rosées depuis 6 mois. Ces pertes sont devenues brunâtres et presque constantes depuis quelques semaines. Utérus un peu augmenté de volume mais de consistance normale. Le col est en bon état. *Hystéroggraphie* : l'aspect déchiqueté des contours de la cavité utérine fait conclure au cancer. L'hystérectomie totale est décidée. A l'ouverture de la pièce opératoire, le cancer est évident et l'aspect de la tumeur se superpose absolument à l'image radiologique.

VIII. — Leb..., 51 ans. Ménopause en 1932. Puis retour de règles après quelques mois et métrorragies de plus en plus fréquentes. Utérus de volume normal et de consistance fibromateuse. Le col est normal. *L'injection de lipiodol* montre quelques irrégularités près de la corne droite, qui font suspecter une lésion maligne. L'hystérectomie totale est décidée. A l'ouverture de la pièce opératoire, on trouve une petite masse bourgeonnante près de la corne droite. L'examen histologique d'un fragment prélevé répond : cancer cylindrique tubulé du corps.

IX. — Cot..., 54 ans. Ménopause à 51 ans. Métrorragie depuis 4 mois. Minimales au début, elles sont devenues plus fréquentes et plus abondantes. L'examen clinique est difficile en raison de l'obésité de la malade. L'utérus ne paraît pas augmenté de volume ; le col est normal. Les clichés après *injection lipiodolée* montrent un aspect de métrite dans une région limitée au-dessus de l'isthme et un petit hydrosalpinx gauche. La malade est opérée et l'intervention ne découvre aucun néoplasme. Il s'agit de lésions métriques et il existe bien un hydrosalpinx du côté gauche.

X. — Cha..., 76 ans. Pertes rouillées et fétides depuis quelques semaines. L'utérus est petit, le col est normal.

L'hystérométrie met en évidence un rétrécissement isthmique. Il s'écoule par l'orifice cervical quelques glaires brunâtres très fétides. On entreprend des séances de dilatation qui donnent issue à une grande quantité de pus sanguinolent et nauséabond. Peu de temps après, *l'injection de lipiodol* est pratiquée. Le cliché ne montre aucune altération des contours de la cavité utérine, qui est parfaitement injectée. Cependant une hystérectomie vaginale est décidée. La cavité utérine ne montre aucune altération visible de la muqueuse.

XI.—Mar..., 50 ans. A subi une application de radium en 1928, à l'âge de 44 ans, pour des métrorragies rapportées à un fibrome. Depuis aucune perte suspecte jusqu'en mars 1933. Métrorragies minimales pendant l'été 1933, puis plus importantes en décembre. La malade est examinée au mois de janvier 1934. Le toucher fait percevoir un utérus augmenté de volume, de consistance fibromateuse. *L'hystérographie* montre une tache claire arrondie dans la cavité utérine. On décide d'intervenir avec le diagnostic de tumeur intra-utérine, sans préjuger de la nature bénigne ou maligne. L'examen de la pièce opératoire met en évidence plusieurs fibromes sous-muqueux et un gros polype fibreux intra-cavitaire.

XII. — Bal..., 55 ans. Ménopause à 52 ans. Depuis quelque temps, la malade se plaint de pertes séreuses rosées, intermittentes. L'utérus est de volume normal, en antéflexion mais il existe une masse annexielle du côté gauche de consistance molle, indolore. Le docteur Douay pense qu'il s'agit d'un hydrosalpinx probablement occasionné par une tumeur de la trompe. Une *hystérographie*, après injection de 7 cc. de lipiodol confirme l'impression clinique. Le cliché montre en effet une cavité utérine non augmentée de volume, à

contours normaux et un hydrosalpinx gauche volumineux. L'intervention est décidée et vérifie le diagnostic car il existe une petite tumeur au niveau de la trompe gauche. L'histologie confirme : épithélioma cylindrique papillaire de la trompe.

4^e CATEGORIE :

A) I. — Bon..., 58 ans. Se plaint de métrorragies et de pertes fétides depuis plusieurs semaines. L'examen met en évidence un utérus augmenté de volume, sensible, mobile. *L'hystérographie* dessine une image de tumeur intra-cavitaire. Le fond utérin présente un aspect déchiqueté ainsi que le bord gauche de la cavité utérine. *Le curettage explorateur* ramène des fragments présentant l'aspect de polypes sphacelés. L'examen histologique montre qu'en réalité il s'agit de sarcomes. Une hystérectomie élargie est pratiquée. Il s'agissait effectivement d'un sarcome utérin. L'examen histologique des ganglions pelviens ne montre qu'une réaction inflammatoire banale.

II. — Pat..., 56 ans. Ménopause à 50 ans. Pertes séreuses sanguinolentes et pertes de sang pur depuis un an et demi. L'utérus rétroversé, de volume et de consistance peu caractéristiques. *L'hystérographie* montre un aspect très irrégulier du contour de la cavité utérine en un point limité. Le cliché est en faveur d'une lésion néoplasique. On pratique néanmoins un *curettage explorateur*. L'examen histologique confirme la nature maligne des lésions : épithélioma cylindrique.

III. — Cra..., 50 ans. Ménopause à 49 ans. Depuis quelques semaines métrorragie fréquente. Après injection lipiodolée, le cliché montre une image lacunaire

qui fait conclure à un cancer du corps. *La biopsie endo utérine* amène la confirmation de ce diagnostic. Epithélioma adénoïde du corps. Vérification après hystérectomie totale.

B) I. — Nic..., 59 ans. Métrorragies depuis plusieurs mois. L'examen révèle un utérus augmenté de volume. Le col est très légèrement entr'ouvert mais la muqueuse est d'aspect normal. On suspecte un cancer du corps. *L'hystérographie* après 10 cc. de lipiodol injecté ce qui confirme l'agrandissement de la cavité utérine, montre une image très irrégulière, avec plusieurs lacunes centrales. *La biopsie endo-utérine* ramène des fragments d'apparence très suspecte dont l'histologie confirme la nature néoplasique.

II. — Ch..., 70 ans. Métrorragies depuis quelques mois. L'examen gynécologique ne montre pas d'augmentation de volume du corps utérin mais l'isthme paraît un peu élargi. *L'hystérographie* montre une très belle image lacunaire de la région isthmique. *La biopsie endo-utérine* confirme le diagnostic de tumeur maligne dans la région de l'isthme.

III. — Zac..., 72 ans. Ménopause à 47 ans. Consulte en raison de métrorragies apparues depuis quelques semaines. L'examen ne montre aucune augmentation de volume de l'utérus. Le col est normal. On pratique une *injection lipiodolée*. Le cliché met en évidence une image lacunaire : amputation de la corne droite. *Curettage explorateur* : l'examen histologique des fragments affirme la malignité de la lésion. En raison de l'état général, l'hystérectomie totale est rejetée.

5^e CATEGORIE :

I. — Lav..., 58 ans. Ménopause à 54 ans. Consulte pour des pertes rosées qui persistent depuis 18 mois. Le corps de l'utérus est légèrement augmenté de volume. Au niveau du col, il existe une petite ulcération. Un prélèvement cervical suivi d'examen histologique établit qu'il s'agit d'une lésion de métrite. *L'hystérographie* ne montre aucune déformation de contour de la cavité utérine. La malade est revue 6 mois après. Les métrorragies sont devenues plus fréquentes et plus importantes. La lésion du col s'est peu modifiée. On tend à rapporter l'hémorragie à une altération de la muqueuse endo-utérine. Une nouvelle injection de lipiodol est pratiquée. Le cliché montre une image lacunaire du fond utérin. L'examen histologique après *curettage explorateur* établit le diagnostic d'adénome malin. L'intervention le confirme.

II. — Bar..., 52 ans. Ménopause à 50 ans. Examinée en mai 1934 en raison de pertes rosées survenant fréquemment depuis 2 mois. Le toucher fait constater un utérus de volume normal mais de consistance fibromateuse. Après *hystérographie* la cavité utérine apparaît très déformée, mais l'irrégularité des contours rappelle plutôt l'image donnée par les fibromes sous-muqueux multiples. Il n'y a pas de plage claire irrégulière ni d'image lacunaire. On décide d'intervenir après trois semaines d'observation. *Vérification opératoire* : on constate l'association de lésions fibromateuses et cancéreuses. Examen histologique : épithélioma cylindrique.

III. — Lec..., 55 ans. Ménopause à 52 ans. Ablation en septembre 1931 d'un polype fibreux. Revue en mai 1933 pour métrorragies. Le toucher fait percevoir un utérus

augmenté de volume, de consistance fibreuse. Le col est normal. *L'hystérographie* montre une cavité utérine agrandie, avec quelques irrégularités de contours peu caractéristiques. On fait alors un *curettage explorateur* méthodique. L'examen histologique des débris ramenés par la curette conclut à la nature cancéreuse de la lésion. Après hystérectomie totale l'examen de la pièce opératoire ne montre aucun signe de tumeur maligne mais un gros utérus fibreux avec polype intra-cavitaire.

IV. — Gue ..., 76 ans. Se plaint de pertes sanguinolentes, apparues fréquemment depuis trois mois. L'utérus n'est pas augmenté de volume mais dans le cul de sac droit il existe une masse ovale, très dure, irrégulière, mobile. Le Dr. Douay porte le diagnostic de tumeur de l'ovaire avec peut-être lésions consécutives de la muqueuse endo-utérine. *L'hystérographie* montre un contour très irrégulier de la cavité utérine, rappelant les images « en festons » des lésions métritiques. L'intervention est décidée en raison de la tumeur annexielle. Vérification opératoire : gros ovaire scléro-kystique. Après section de l'utérus on constate une muqueuse épaissie et irrégulière particulièrement au niveau du fond. Des prélèvements sont faits dans des endroits différents en vue de l'examen histologique. Examen histologique : 1° ovaire : lésions d'ovarite micro-kystiques sans signes de malignité. 2° muqueuse endo-utérine du bord gauche : lésions métritiques. 3° muqueuse du fond : épithélioma lobulé.

* * *

De l'analyse de ces observations se dégagent un certain nombre de faits. Tout d'abord elle établit la

fréquence des métrorragies provoquées par des lésions bénignes, ceci même à un âge très avancé. Elle confirme ensuite la difficulté, ou plus souvent l'impossibilité, de conclure, par le seul examen clinique, dans le sens de la malignité ou de la bénignité. Elle éclaire enfin ce fait essentiel que dans la très grande majorité des cas les données des manœuvres complémentaires concordent avec la vérification post-opératoire, ou l'évolution clinique, si une intervention d'exérèse n'a pas été pratiquée.

Sur 29 observations nous relevons 10 observations où l'altération de la muqueuse endo-utérine est due à un processus pathologique bénin.

Le pourcentage de bénignité est donc légèrement supérieur au tiers. Nous avons déjà exposé les raisons qui nous le font situer plus haut dans l'absolu. Mais en limitant le débat à ce lot restreint d'observations le pourcentage indiqué prend déjà une indiscutable valeur.

Sur 10 malades, porteuses de lésions bénignes, 8 doivent guérir par le seul traitement médical. Les 2 autres sont atteintes de fibromes sous-muqueux.

Si nous cherchons maintenant, en nous plaçant seulement sur le terrain clinique, à recueillir les indices qui peuvent permettre d'établir le diagnostic de lésion maligne nous constatons qu'aucun d'eux n'a une valeur de certitude.

L'âge n'est pas un argument. Trois de nos malades, atteintes de lésions métritiques, ont respectivement 70, 72, 76 ans. Nous voyons au contraire plusieurs cancéreuses très proches de leur ménopause : 45, 50, 52 ans. Beaucoup d'autres n'ont pas atteint la soixantaine.

Le caractère des métrorragies ne peut davantage être pris en considération. Habituellement le cancer au début de son évolution donne lieu à des hémorragies minimes mais fréquentes, et même continues tandis que le fibrome saigne davantage, et d'une façon intermittente. Mais un cancer peut évoluer sournoisement, donner lieu à des hémorragies tardives et souvent alors, d'emblée abondantes. Quant aux métrorragies consécutives à des lésions métritiques elles sont généralement discrètes.

En fait, ni la fréquence, ni l'importance, ni le rythme des hémorragies ne peuvent guider le diagnostic.

L'aspect des pertes a davantage de valeur. Encore faut-il faire des réserves. Il est classique de dire que la métrorragie cancéreuse présente un caractère très spécial (« eaux rousses »). Mais ce n'est guère qu'à un stade déjà avancé que l'on observe cet aspect. Le plus souvent, au début et pendant un temps fort long, la métrorragie cancéreuse est faite de sang pur. A l'inverse, nous avons rapporté deux cas de *métrites séniles* où les pertes étaient *brunâtres, rouillées*. La *fétidité* des pertes n'est pas davantage un argument.

Les pertes sont fétides dans le cancer du corps, mais seulement à un degré avancé de son évolution. Très fréquemment elles sont malodorantes dans la métrite sénile. Des pertes purulentes ou glaireuses plus que sanglantes sont en faveur d'une évolution métritique. Il n'en reste pas moins que bien souvent, dans les métrites, les métrorragies sont faites de sang pur.

Donc, si le caractère des métrorragies peut, dans quelque mesure, guider le diagnostic, il risque, trop étroitement interprété, de devenir une cause d'erreur.

L'examen gynécologique ne donne guère plus de renseignements. Pendant des mois le cancer ne détermine aucune modification de l'utérus appréciable par le palper bi-manuel. Ce n'est qu'à un stade déjà tardif que l'on perçoit l'augmentation de volume du corps ; c'est plus tardivement encore que l'organe devient douloureux et se fixe.

La métrite chronique crée parfois un syndrome douloureux, subjectif et objectif. Mais ce n'est pas la règle. Quant au volume de l'utérus dans les lésions métritiques, il est variable. Certaines métrites créent une hypertrophie parenchymateuse alors que d'autres donnent lieu à un processus atrophique.

Enfin il est des cas où l'hémorragie paraît devoir être, sans discussion, rapportée à un fibrome, parce que le palper bi-manuel met en évidence un utérus gros, bosselé, de consistance particulière. Mais il ne

faut pas oublier la coexistence possible de fibrome et de cancer (1 observation). D'autre part, l'absence des signes physiques habituels n'élimine pas forcément le diagnostic de fibrome. Il peut en outre s'agir d'un polype intra-cavitaire, ne s'accompagnant d'aucune modification du col ni du corps.

Par conséquent aucun symptôme n'a en soi de valeur absolue. Tout au plus les signes fonctionnels et les données de l'examen gynécologique conduisent-ils à une « impression ». On pense qu'il s'agit de lésions métritiques, on suppose que le cancer du corps est en cause, mais la certitude fait défaut.

Au contraire, les examens complémentaires : hystérogaphie, curettage explorateur méthodique, biopsie endo-utérine, apportent dans la majorité des cas une quasi certitude.

* * *

Analysons de plus près les résultats :

Toutes nos malades ont subi l'hystérogaphie (soit au total 29 examens). 26 clichés ont donné des images concordant avec les lésions découvertes à l'intervention, ou l'évolution clinique (malades revues deux ou trois ans après). Sur 10 cas bénins, 8 fois le diagnostic de métrite avait été établi. 6 de ces malades ont été revues en parfaite santé en 1936. Deux autres ont été opérées et aucune lésion suspecte n'a été découverte à

l'intervention, ni à l'examen histologique. Pour les deux autres malades, une fois, l'injection lipiodolée a révélé une image claire, centrale, régulière, et l'opération a montré qu'il s'agissait d'un polype fibreux intra-cavitaire. Une autre fois l'hystérogaphie a montré des irrégularités peu caractéristiques de la cavité utérine chez une malade opérée deux ans auparavant d'un polype fibreux. Le curetage explorateur méthodique a été décidé et c'est à la suite de l'examen histologique qui concluait au cancer que l'hystérectomie totale a été pratiquée. En réalité l'examen de la pièce opératoire avec nouvel examen histologique n'a montré que des lésions fibromateuses et métritiques.

Par ailleurs sur 16 malades, pour lesquelles l'hystérogaphie a décelé des aspects suspects de la cavité utérine, le cancer a pu être affirmé avec raison dans 14 cas sur le seul aspect de l'image radiologique. Dans les deux autres cas, la radiographie était moins caractéristique. Le cliché établissait l'altération des contours sans qu'on puisse affirmer la nature bénigne ou maligne du processus pathologique. Une fois il s'agissait d'un sarcome revêtant l'aspect d'un polype fibreux sphacelé. Une autre fois la malade était atteinte d'un cancer bas situé, dans la région isthmique, où l'interprétation des clichés est toujours beaucoup plus délicate car l'injection de l'isthme est rarement nette.

Néanmoins dans ces deux cas l'hystérectomie totale fut pratiquée. Pour la première malade la décision fut prise pour des raisons de prudence et la suite des événements montra qu'elle était hautement justifiée. Pour la seconde, l'intervention d'exérèse fut décidée à la suite d'un examen histologique après biopsie endo-utérine.

Considérons maintenant les trois observations où l'hystérographie a été insuffisante.

Dans les trois cas, les malades accusent des métrorragies.

L'une d'elles a une ulcération du col, d'ailleurs bénigne. L'examen histologique après biopsie conclut à des lésions de métrite chronique et l'aspect de la lésion n'offre aucun caractère de malignité après 6 mois. Mais cette ulcération saigne au contact d'un instrument métallique. Il n'est pas impossible qu'elle soit responsable des métrorragies. L'injection lipiodolée est pratiquée dès le premier examen. Le cliché ne nous révèle aucune déformation suspecte de la cavité. Ce n'est que 6 mois plus tard, après une *deuxième hystérographie*, que l'on décèle une image très suspecte. Il s'agit, comme nous l'indique le curettage méthodique, puis les prélèvements sur la pièce opératoire, d'un adénome malin. Il est permis de se demander si la tumeur endo-utérine existait macroscopiquement au moment du premier examen.

La deuxième malade se plaint de pertes sanguinolentes depuis trois mois. L'examen gynécologique met en évidence une petite masse dure, irrégulière, mobile, dans le cul de sac droit. L'utérus a un volume plutôt réduit. L'hystérométrie est de 5 cm. 1/2. La radiographie, après injection de lipiodol, fait apparaître un contour très irrégulier « en festons » de la cavité utérine. C'est un aspect typique de métrite. L'intervention est décidée en raison de la tumeur annexielle. L'examen macroscopique de la pièce opératoire montre une muqueuse utérine très épaissie, irrégulière, sans que rien autorise le diagnostic de cancer. Au niveau du fond pourtant, l'aspect est particulièrement irrégulier et le prélèvement histologique montrera qu'il s'agit d'un épithélioma. Des prélèvements faits en d'autres régions concluent à des lésions de métrite chronique. *Donc macroscopiquement, pièce en main, il est impossible d'affirmer le cancer.* Par conséquent on ne peut inscrire au passif de l'hystérographie la méconnaissance d'une lésion maligne décelable seulement à l'examen histologique. On peut supposer qu'en l'absence de décision opératoire un nouveau cliché, pris deux ou trois mois plus tard, eut fourni une image suspecte.

Dans la troisième observation, il s'agissait de fibromes sous-muqueux masquant une petite zone dégé-

née. L'hystérogaphie avait seulement permis le diagnostic de fibromes sous-muqueux multiples.

Quant au *curettage explorateur méthodique*, il fut pratiqué dans 6 cas seulement. Cinq fois les résultats furent concordants. Une fois il y eut une erreur : l'examen de la muqueuse fit conclure à un cancer alors qu'il s'agissait de lésions bénignes (vérification opératoire et nouvel examen histologique). Nous pensons d'ailleurs qu'une confusion de coupes a dû être la cause de l'erreur.

Trois fois la *biopsie endo-utérine* fut mise en œuvre pour préciser le diagnostic et il n'y eut aucune erreur.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'HYSTÉROGRAPHIE

I. AVANTAGES

C'est une manœuvre *facile*, à peu près dépourvue de risques. De plus elle ne nécessite pas l'hospitalisation. Elle n'oblige les malades à suspendre leurs occupations, que pendant quelques heures. Enfin un avantage indiscutable de l'hystérographie réside dans le fait qu'elle permet de *guider la curette* lorsque le curettage biopsique est décidé.

Schématiquement les résultats donnés par les clichés peuvent se diviser en trois catégories :

1^o Le cliché montre une cavité utérine normale. Sur 7 observations, 6 ont donné des résultats concordants. Dans un cas la malade était atteinte d'adénome malin et ce n'est qu'après une deuxième hystérographie, faite quelques mois après les premiers symptômes, que le cliché montre une image suspecte.

2^o Le cliché met en évidence une image typique de métrite, de cancer, ou de fibrome intra-cavitaire.

Dans cette catégorie nous relevons deux erreurs sur 16 cas. Encore ces erreurs présentent-elle une physiologie très particulière puisque dans le premier cas il s'agissait d'une lésion d'aspect métritique, macroscopiquement, et que seule l'histologie put établir le diagnostic de cancer. Dans le second, les lésions néoplasiques étaient minimales et masquées par l'un des fibromes sous-muqueux.

3° Il existe des déformations de la cavité utérine qui conduisent à penser qu'il s'agit *probablement* soit d'un cancer, soit d'une métrite, ou encore d'un polype intra-cavitaire (6 observations).

II. INCONVÉNIENTS

Il est indiscutable que l'hystérogaphie comporte des erreurs. Celles-ci tiennent à plusieurs causes :

1° Le lipiodol peut ne pas dessiner rigoureusement les contours de la lésion lorsque celle-ci est à un stade peu avancé.

2° Le processus pathologique siège en un point limité. Il peut ainsi échapper à l'examen si l'on n'a pas soin de prendre plusieurs clichés, sous des incidences variables.

3° La région isthmique s'injecte mal et souvent la projection de la sonde ou celle du corps utérin anté-

fléchi ou rétroversé masque le canal cervical. Pour éviter cette difficulté, il suffit souvent d'abaisser le col, et de limiter la partie de sonde pénétrant dans le col.

4° L'existence de caillots dans la cavité utérine peut créer de fausses images lacunaires : c'est exceptionnel.

On peut éviter beaucoup d'erreurs en procédant avec une technique rigoureuse. Il faut pousser l'injection lentement et prendre des clichés successifs à des phases différentes de l'injection. Nous pensons qu'il faut au minimum impressionner 4 films : deux de face, un au début de l'injection (avec 2 cc.), un second lorsque la cavité utérine est entièrement injectée (avec 3 à 5 cc.), les deux autres radiographies seront prises en oblique antérieure droite et en oblique antérieure gauche. Le profil complet est plus difficile à obtenir en raison de la projection du bassin et nécessite l'emploi d'un appareil de Potter Bucky, ce qui entrave l'utilisation combinée de l'écran radioscopique.

Ajoutons que l'hystérogaphie doit être proscrite lorsqu'il y a une hémorragie trop abondante, et qu'une infection annexielle, même atténuée, est une contre-indication formelle.

Enfin la plus rigoureuse asepsie doit être observée. Elle réduit à un chiffre insignifiant le taux des complications infectieuses imputables à l'examen.

CURETTAGE EXPLORATEUR MÉTHODIQUE

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Nous ne pouvons, dans cette analyse, donner une place aussi large au curettage explorateur méthodique, celui-ci n'ayant pas été fait systématiquement. Dans les 6 observations où cette manœuvre a été associée à l'hystérographie nous avons relevé une erreur déjà signalée et pour laquelle nous pensons qu'une confusion de coupe a pu être en cause. Ce résultat contradictoire a d'ailleurs conduit à une hystérectomie et l'erreur s'est faite dans le sens de l'excès. Aucune de nos observations ne comporte d'erreur par défaut.

Nous tenons le curettage explorateur méthodique pour une manœuvre excellente, malgré toutes les attaques dont il a été l'objet. Quelques chirurgiens se sont en effet élevés violemment contre cette manœuvre.

Pour les uns, elle constitue une opération susceptible d'entraîner des complications redoutables : perforation de l'utérus, dissémination néoplasique, phénomènes infectieux locaux consécutifs. Nous n'avons

jamais observé ces accidents. Nous ne voulons pas nier l'existence de telles complications. Une perforation par la curette d'un organe dont les parois sont très altérés reste un accident possible. Mais l'exceptionnelle possibilité d'une telle complication ne suffit pas à condamner la manœuvre. La connaissance de cet accident doit seulement inciter à manier la curette avec une extrême prudence. Le risque de dissémination de l'affection néo-plasique, en dehors d'une perforation utérine, reste du domaine de l'hypothèse. Quant aux accidents infectieux, nous doutons qu'ils puissent prendre une allure sérieuse, si la malade est mise au repos et à la glace, lorsqu'on soupçonne un état de septicité locale. De toute évidence il faut proscrire le curetage en présence de phénomènes infectieux aigus.

D'autres chirurgiens ont formulé des attaques d'un ordre différent. Ils ont reproché au curetage explorateur d'être fertile en erreurs diagnostiques, la curette risquant de passer à côté de la lésion. Cet argument serait valable si le curetage explorateur consistait en un prélèvement aveugle, hasardeux et incomplet. Il ne doit pas en être ainsi. Nous épousons complètement dans cette matière l'opinion de J. Quenu. Il considère que cette manœuvre offre une sécurité quasi absolue pour le diagnostic de la lésion, lorsqu'elle est faite convenablement. Il ne s'agit pas bien entendu de

racler la cavité utérine en quelques points seulement. Le curettage n'a de valeur que s'il est fait *méthodiquement*. Il faut donc toujours recourir à l'anesthésie générale et confier la curette à un chirurgien expérimenté. « La curette doit racler successivement les deux faces, dans toute leur largeur, puis les deux bords, le fond et les deux angles, toujours en tirant, naturellement. *Après un curettage bien fait, il ne doit pas rester un centimètre carré de muqueuse utérine intacte* » (J. Quenu).

D'autre part, il faut nécessairement s'adresser à un anatomo-pathologiste entraîné.

J. Quenu rapporte 63 observations où le curetage explorateur a été pratiqué. « A la suite de ces 63 curetages, le diagnostic de cancer endo-utérin a été posé 16 fois, et les 16 malades ont été opérées. Le diagnostic de lésion bénigne a été posé 47 fois. Une seule de ces 47 malades, qui avait donné une fausse adresse, n'a pu être retrouvée. Les 46 autres malades ont été revues, suivies pendant un laps de temps variable de 2 ans à 9 ans ; *pas une seule* de ces 46 malades n'a présenté des symptômes pouvant faire penser à l'évolution d'un cancer utérin ».

Mais si le curettage explorateur est une excellente méthode pour établir un diagnostic de malignité ou de bénignité des lésions endo-utérines, il présente quelques inconvénients non négligeables puisqu'il nécessite

l'anesthésie générale et *oblige à hospitaliser les malades*.

On peut néanmoins établir parfois de façon indiscutable le diagnostic d'une lésion maligne par une manœuvre beaucoup plus simple : *la biopsie endo-utérine*.

BIOPSIE ENDO-UTÉRINE

Douay préconise grandement cette méthode. La biopsie endo-utérine se fait avec une curette spéciale, fenêtrée (curette de Douay) dont la forme allongée, étroite, permet de franchir facilement la région isthmique.

Cette manœuvre est à conseiller dans des cas différents.

1^o Parfois le col est entr'ouvert. Lorsque la lésion néo-plasique est assez avancée et que la cavité utérine est remplie par une masse bourgeonnante, il se produit au niveau du col une distension. L'accès de la cavité utérine est très facile pour la curette à biopsie. Cette biopsie est faite immédiatement, le traumatisme est minime, l'hémorragie produite sans gravité. L'aspect du tissu prélevé est déjà un renseignement. Le fragment est mis dans un flacon contenant un liquide fixateur et le laboratoire donne la réponse en quelques jours. La malade n'a pas été hospitalisée. *L'hystérographie est dans ce cas inutile*.

2^o Dans un deuxième ordre de faits, lorsque le néoplasme est moins avancé, le col est fermé. L'hystérographie doit être utilisée d'abord. Parfois le cliché montrera une image caractéristique de cancer. D'autres fois l'aspect de la radiographie prête à discussion. Il faut, si l'on a le moindre doute, faire un prélèvement au niveau de la région suspecte. L'hystérographie présente une grande valeur puisqu'elle montre le *siège de l'altération anatomique*.

On peut éviter le curettage explorateur méthodique et avoir recours à la biopsie endo-utérine. Dans ce cas il est nécessaire de dilater le col. Cette dilatation est habituellement très facile lorsqu'on emploie des bougies calibrées au 1/3 de mm. Lorsqu'on atteint le n^o 21 (n^o 7 des bougies de Hégard) la dilatation est suffisante pour permettre l'introduction de la curette à biopsie. L'anesthésie générale est inutile car cette dilatation très progressive est peu douloureuse.

La biopsie endo-utérine mérite donc de tenir une place importante dans la recherche du diagnostic des lésions endo-utérines.

Sa valeur est indiscutable, lorsqu'elle permet d'établir la *malignité de la lésion*. De plus cette manœuvre *peu traumatisante* ne comporte aucun risque de perforation utérine.

La biopsie endo-utérine conserve encore une valeur

diagnostique lorsque le fragment ramené révèle histologiquement des lésions bénignes, car si le prélèvement a été fait dans une région *limitée*, il ne faut pas oublier que la curette ramène les fragments dans la *zone révélée suspecte par l'hystérogaphie*. Néanmoins dans cette dernière éventualité mieux vaut par prudence recourir au curettage explorateur méthodique.

Dans les trois observations où la biopsie endo-utérine fut pratiquée nous n'avons eu aucune erreur.

Par conséquent, le curettage explorateur méthodique peut être évité dans la très grande majorité des cas. Il doit être *réservé aux cas difficiles* lorsque l'hystérogaphie montre un image douteuse et que la biopsie endo-utérine paraît difficile ou aléatoire. Il reste souvent *la méthode la plus sûre* dans la recherche du diagnostic des lésions endo-utérines, mais ce diagnostic pouvant très souvent être posé avec une quasi-certitude par la seule hystérogaphie ou par la biopsie endo-utérine, il est inutile d'avoir recours à lui systématiquement.

CRITIQUE DES FAITS

Aucune des méthodes qui permettent de faire le diagnostic de la lésion endo-utérine, n'est à l'abri d'erreurs.

1° *Le curettage explorateur méthodique* peut donner lieu à des erreurs. Celles-ci s'observent lorsque le curetage n'a pas été fait avec toute la minutie qu'il doit comporter ou lorsque l'interprétation des coupes n'a pas eu toute la rigueur qui convient. Ce n'est pas la méthode qui est mauvaise. Il devient par conséquent difficile de situer le taux d'erreur. A peu près nul pour certains, il s'élève avec d'autres chirurgiens.

2° *La biopsie endo-utérine* risque de passer à côté de la lésion puisque c'est un prélèvement limité. Nous avons précisé ses indications et ce qu'il fallait en attendre. Bien entendu il est nécessaire d'avoir là aussi un histologiste entraîné.

3° *L'hystérographie* comporte un taux d'erreur plus important. Nous avons vu plus haut qu'on peut limiter les causes d'erreurs en prenant plusieurs clichés. Il va sans dire qu'il faut encore savoir « regarder » ces clichés. L'erreur peut intervenir au moment de

l'interprétation. De même qu'il est indispensable de s'adresser à un anatomo-pathologiste expérimenté pour regarder une coupe, de même il faut confier les clichés à un médecin habitué à leur lecture. Mais indépendamment de la technique il existe indiscutablement des erreurs qui sont dues à des causes multiples. Nous croyons utiles de les répéter : la fluidité insuffisante du lipiodol fait que parfois une altération macroscopique de la muqueuse n'apparaît pas. Certaines déviations utérines deviennent un obstacle à la bonne projection des contours de la cavité utérine. La région isthmique est parfois mal injectée en dépit d'une technique correcte. En fait, il est rare que l'hystérographie indique une altération de la muqueuse utérine plus importante que n'est le désordre anatomique. L'erreur inverse est plus fréquente. Non exceptionnellement, le processus pathologique est plus marqué que ne semble l'indiquer le cliché radiographique.

Dans 26 cas, sur 29, l'hystérographie a apporté une aide précieuse. Pour trois observations la méthode a été en défaut.

Mais il est bien difficile de préciser le taux exact des erreurs. Nous pensons cependant pouvoir affirmer qu'avec un maniement correct il se situe au-dessous

de 10 %. Les partisans de l'hystérectomie totale systématique devant toute hémorragie survenant après la ménopause, ont écrit qu'il valait mieux courir le risque de perdre parfois une malade non cancéreuse que de laisser évoluer un néoplasme malin.

Nous serions d'accord avec eux si les malades qui ont subi un premier examen ne pouvaient ultérieurement être revues et surveillées, mais si un contrôle médical est possible de mois en mois, nous raisonnons différemment. Or, les malades acceptent le plus souvent de se soumettre à des examens successifs si on leur explique que cette obligation est susceptible d'éviter une opération dont la nécessité est improbable.

Il est d'ailleurs *bien difficile de poursuivre un raisonnement basé strictement sur des chiffres*, car l'expression arithmétique est incapable de résoudre un problème aussi complexe. Admettons, ce qui semble proche de la vérité, que les lésions bénignes soient d'un ordre de fréquence voisin du tiers. Situons d'autre part aux environs de 6 % la mortalité opératoire de l'hystérectomie totale chez des femmes âgées. Il en résulte que, sur une série de 100, 2 malades mourront du fait de l'intervention alors que le processus pathologique ne compromettrait nullement leur existence. Ce chiffre peut paraître minime, si on le compare à celui du taux d'erreur que nous avons accepté pour l'hystérographie. Mais nous insisterons sur deux ordres de faits :

Tout d'abord *l'association du curettage biopsique à l'hystérogaphie* permet d'abaisser considérablement ce taux d'erreurs.

D'autre part, l'erreur imputable aux manœuvres complémentaires *n'entraîne pas un risque mortel* lorsqu'une surveillance médicale est exercée. Quand l'hystérogaphie a donné une fausse sécurité, celle-ci est rapidement détruite par l'évolution clinique, car les malades continuent à saigner. Or s'il est indispensable d'opérer le plus rapidement possible chaque fois que le diagnostic de cancer du corps a été posé avec certitude, un délai de quelques semaines ne compromet pas de façon très sérieuse le succès opératoire. Le cancer du corps évolue lentement. Il n'exige pas une thérapeutique d'extrême urgence. De plus, lorsqu'il y a hésitation ou erreur de diagnostic, il s'agit en règle de cancers peu évolués dont le volume est encore insuffisant pour donner l'image lacunaire caractéristique.

En associant un examen clinique attentif, un contrôle de la cavité par l'hystérogaphie, et dans les cas douteux, un curettage biopsique, nous n'avons à déplorer dans cette série de 29 cas, *aucune erreur de diagnostic préjudiciable à la guérison de nos malades.*

ESSAI SUR LA CONDUITE A TENIR

Après la ménopause toute métrorragie doit être tenue pour suspecte en raison de la très grande fréquence du cancer. Mais la suspicion de malignité ne doit pas faire oublier que beaucoup d'hémorragies sont liées à une altération bénigne de la muqueuse endo-utérine. Si dans quelques cas, l'examen gynécologique peut établir un diagnostic ferme, lorsqu'on se trouve par exemple en présence d'un gros fibrome, ou d'un cancer avancé, dans la très grande majorité des faits il est insuffisant. Il nous paraît logique de procéder de la façon suivante : chaque fois que nous nous trouvons en présence d'une femme qui est atteinte de métrorragies provenant d'une lésion de la cavité utérine après la ménopause, nous pratiquons *l'hystérorgraphie*. L'aspect du cliché oriente la ligne de conduite :

1° Le cliché montre une cavité absolument *normale*, sans aucune irrégularité des contours. Nous rassurons la malade, tout en lui expliquant qu'il est absolument nécessaire de se soumettre à une surveillance médicale. *Il est fréquent dans cette éventualité d'observer avec un*

simple traitement médical l'arrêt des métrorragies dans un délai extrêmement court. Si au contraire, les hémorragies utérines se renouvellent après un délai de quelques semaines, ou de quelques mois, nous pratiquons à nouveau une hystérogaphie et cette fois nous la faisons toujours suivre d'un curettage explorateur sous anesthésie générale, en passant méthodiquement la curette sur toutes les faces de la cavité utérine ainsi qu'au niveau des angles. La décision, à ce moment, dépend au premier chef des conclusions de l'histologiste. Si l'interprétation des coupes n'est pas absolument formelle dans le sens de la bénignité, nous conseillons l'hystérectomie. Dans la règle, le curettage, lorsqu'il s'agit de lésions métritiques, constitue une thérapeutique efficace contre le retour des métrorragies. Dans certaines métrites d'origine ovarienne (métroses), soit métrites déciduliformes, conséquence d'un excès de lutéine ; soit métrites hyperplasiques, en relation avec une augmentation de la folliculine on aura avantage à essayer prudemment une thérapeutique endocrinienne.

2° Très souvent l'aspect du cliché montre soit une image de *métrite* (aspect « festonné » de tous les contours utérins ou d'une partie seulement), soit une *irrégularité peu caractéristique* en un point. En présence de ces aspects nous pratiquons toujours soit le *curettage méthodique* soit la biopsie endo-utérine. Là encore,

la décision est commandée par la réponse du laboratoire. Métrite chronique : abstention, épithélioma : intervention, hystérectomie de prudence lorsqu'un doute existe dans l'interprétation des coupes. Là encore lorsque l'examen histologique a fait conclure à des lésions métritiques, il est de règle d'observer l'arrêt des métrorragies. Pourtant si celles-ci se renouvellent mieux vaut, par sécurité, conseiller l'hystérectomie totale.

3° Les clichés pris au cours de l'hystérogaphie montrent *une image caractéristique de cancer du corps* : image *lacunaire*, d'aspect marécageux, avec aspect déchiqueté d'une plus ou moins grande partie des contours de la cavité utérine. L'amputation d'une corne utérine présente la même signification.

Dans cette éventualité, *l'hystérectomie totale* doit être pratiquée le plus rapidement possible, à moins de contre-indications locales ou générales.

4° L'hystérogaphie est en faveur de lésions *fibromateuses*, soit aspect de fibrome ou de polype intracavitaire qui se caractérise par une tache claire, de teinte homogène, à limitation nette dans la cavité utérine ; soit déformation d'un contour évocant la probabilité d'un fibrome enchassé sous la muqueuse.

L'opération est indiquée et nous conseillons là encore *l'hystérectomie totale* car il faut à cet âge de parti pris, suspecter une lésion maligne coexistante.

Nous insisterons encore sur les hémorragies utérines survenant chez des femmes qui ont *été irradiées* plusieurs années auparavant. On ne saurait être trop interventionniste en présence de ces faits car s'il peut ne s'agir que d'une reprise d'activité du fibrome, le plus souvent les métrorragies signent une dégénérescence néo plasique. L'existence de bouffées de chaleur peuvent aider à faire la distinction. Sur trois observations de malades ayant subi une application de radium, ou des séances de rayons X et qui ont présenté des métrorragies quelques années après le traitement, deux fois ces métrorragies étaient provoquées par un cancer de la cavité utérine.

Enfin, il est une catégorie de malades très spéciales qui se plaignent de pertes sales et fétides, plus ou moins hémorragiques. En dehors d'un cancer du corps avancé, et alors généralement décelable par l'examen gynécologique, il s'agit de métrite dite « sénile ». Nous déconseillons l'hystérogaphie immédiate, par crainte des complications infectieuses et nous commençons par dilater très prudemment la région cervicale. Il s'écoule pendant la manœuvre du pus sanglant et fétide. Ce n'est qu'après plusieurs séances de dilatation suivies d'injections intra-utérines antiseptiques que l'on pourra sans danger avoir recours à l'hystérogaphie et au besoin au curettage biopsique. Nous avons rapporté deux cas de métrite fétide où au premier examen

nous avions fortement suspecté le cancer, en raison de pertes rouillées nauséabondes. Une de ces malades a été opérée malgré l'absence de signes néo plasiques sur les clichés de l'hystérographie et l'intervention a confirmé qu'il ne s'agissait pas de cancer. La seconde a été revue pendant les années qui ont suivi le traitement et l'examen local a toujours été satisfaisant.

CONCLUSIONS

— Les hémorragies en relations avec une lésion du corps utérin survenant après la ménopause, sont la conséquence, *une fois sur trois au moins*, d'une *altération anatomique bénigne*.

— Etant donné le risque sérieux de l'hystérectomie totale chez une femme de plus de 50 ans, l'intervention systématique nous paraît être une mesure excessive.

— L'examen clinique est presque toujours insuffisant pour conclure dans le sens de la bénignité ou de la malignité.

— Mais plusieurs manœuvres sont susceptibles de conduire sinon à l'affirmation, du moins à une approximation convenable : *l'hystérographie, la biopsie endo-utérine, le curettage explorateur méthodique*. *L'hystéroscopie* donne des renseignements précieux. Elle permet la biopsie « à vue ». Nous n'avons pas l'expérience de cette manœuvre et elle n'a jamais été utilisée pour les malades dont nous avons rapporté les observations. Mais les publications de Durand, puis de Second et de Palmer, qui pratiquent actuellement de nombreuses hystérosopies dans le service

du Professeur Mocquot et dans le service du Docteur Bazy, autorisent de grands espoirs dans la recherche du diagnostic des lésions endo-utérines.

— L'hystérographie, *méthode simple*, donne dans la majorité des cas des indications précises. En raison de ces faits elle doit être utilisée d'abord.

Lorsque l'aspect des clichés laisse une incertitude diagnostique, la biopsie endo-utérine ou le curettage méthodique doivent être pratiqués. L'hystérographie conserve néanmoins une grande valeur puisqu'elle montre le siège de l'altération anatomique et *guide* ainsi la curette.

— La biopsie endo-utérine peut être utilisée lorsque le col est facilement perméable. De même que l'hystérographie elle présente le grand avantage de ne pas immobiliser les malades.

— Lorsque la biopsie endo-utérine apparaît difficile ou aléatoire, le curettage explorateur méthodique doit lui être préféré. Cette manœuvre offre une grande sécurité pour le diagnostic des lésions endo-utérines lorsqu'elle est faite minutieusement, sous anesthésie générale.

— Ces investigations sont, sans aucun doute, susceptibles d'erreurs, mais la reconnaissance de ce fait ne saurait suffire à les condamner.

— En procédant avec une technique correcte le taux d'erreurs pour l'hystérographie peut être abaissé au-dessous de 10 %.

— Quant au curettage explorateur il comporte un taux d'erreurs très faible si l'opération est faite *méthodiquement* et si l'on s'adresse à un *histologiste entraîné*.

— Mais l'*association* des méthodes d'investigation (hystérographie, plus curettage méthodique ou biopsie endo-utérine) permet de réduire considérablement la fréquence de l'erreur.

— Surtout, nous insisterons sur le fait que ces erreurs ne *comportent pas un risque vital pour les malades*. Lorsque les méthodes d'investigation ont donné une fausse sécurité, l'évolution clinique redresse rapidement l'erreur diagnostique. Le cancer du corps évolue lentement et un délai de quelques semaines ne compromet guère le succès de la cure opératoire.

— La connaissance d'un certain taux d'erreurs, imputables aux méthodes d'investigation de la cavité utérine, doit néanmoins inciter à la prudence et faire préférer l'*hystérectomie totale de sécurité* lorsque le doute de lésions malignes persiste.

Vu, le Doyen :
ROUSSY.

Vu, le Président :
MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BÉCLÈRE (Claude). — *L'exploration radiologique en gynécologie. Technique. Résultat*, Masson, 1928.

— « Les injections intra-utérines de lipiodol sont-elles dangereuses », (*La Presse médicale*, n° 50, 23 juin 1928).

BROCQ et CHABRUT. — « A propos du curettage explorateur comme moyen de diagnostic chez les femmes âgées », (*La Médecine*, avril 1930).

CADENAT (F.-M.). — « Les dangers de la biopsie dans le cancer de l'utérus », (*L'hôpital*, avril 1930).

COTTE (G.). — « Sur l'exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol », (*Progrès médical*, n° 43, 30 octobre 1928).

— « Fibrome et cancer du corps utérin », (*Lyon chirurgical*, juillet-août 1931).

DOUAY. — « Métrite déciduiforme », (*Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, séance du 1^{er} février 1932).

DUCUING. — « Valeur du curettage explorateur dans les hémorragies post-ménopausiques », (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1932).

— « Conduite à tenir en présence d'une femme atteinte de métrorragies post-ménopausiques (cancer du col excepté) », (*Bulletin de la Société d'obst. et de gynéco.*, 1932 p. 601).

FAURE (J.-L.). — « Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus », (*Presse médicale* 24 mai 1930, p. 705).

MOCQUOT (P.). — « Au sujet de l'examen radiologique de l'utérus », (*Bull. soc. nat. chir.*, 21 mars 1928).

MOULONGUET. — « Métrorragies après la ménopause en dehors du cancer du corps », (*Revue gyn. et obst.*, 1924).

MURÉT. — « A propos du curettage explorateur », (*Revue médicale de la Suisse romande*, 51^e année, n^o 3, mars 1931).

NOVACK (E.). — « Pathologie diagnosis of early cervical and corporeal cancer with special reference to differentiation from pseudomalignant inflammatory lesions », (*Tr. Am. gynec. Soc.*, 1929, 54. 206-231, 1930).

PAUCHET (V.). — « Un danger de la biopsie dans le cancer du corps utérin : la perforation utérine », (*Bull. de la Soc. des chirurgiens de Paris*, 1928, n^o 14, p. 726, 735 et n^o 15, p. 768, 771).

QUÉNU et BUTAUD. — « Les métrorragies qui surviennent après la ménopause », (extrait du *Bulletin Méd.*, 17 février, 17 mars, 14 avril, 16 juin, 14 juillet 1934).

ROSENSTEIN (F.). — « Contribution à l'étude des métrorragies », (*Strasbourg médical*, 93^e année, n^o 22, 5 août 1933, p. 537).

VIGNES. — « Cancer de l'utérus », (*Progrès médical*, p. 2066, novembre 1930).

ZWEIFEL. — « Hémorragies ultérieures à la ménopause et diagnostic du cancer de l'utérus », (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, t. LVI, n° 33, 15 août 1930, p. 1388).

